

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul LHUILLIER

Né le 11 Novembre 1889 à Nancy

Chevalier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CHANCRE SYPHILITIQUE
DU VAGIN

Président : M. JEANSELME, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1923

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul LHUILLIER

Né le 11 Novembre 1889 à Nancy

Chevalier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CHANCRE SYPHILITIQUE

DU VAGIN

Président : M. JEANSELME, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1923

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale	N
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU
Clinique de propédeutique	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GULLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILABERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Professeur agrégé de Sciences Physiques et Naturelles

A MON TUTEUR

MONSIEUR A. CHAUSSADE

Professeur agrégé de Lettres
Chevalier de la Légion d'Honneur

en témoignage d'affection.

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON FRÈRE AINÉ

LE CAPITAINE LHUILLIER

Chevalier de la Légion d'Honneur

*en témoignage de fraternelle grati-
tude.*

A MON FRÈRE RENÉ

Etudiant en Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de notre thèse.*

INTRODUCTION

Au cours de nos visites dans le service de syphiligraphie de l'Hôtel-Dieu de Nantes, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de chancre infectant du vagin chez une prostituée.

Notre attention fut attirée par notre maître Monsieur le Docteur G. Bureau sur les caractères cliniques trompeurs, la symptomatologie extrêmement réduite de cette lésion et sur cette localisation particulièrement rare de l'accident primitif.

Nous avions, d'autre part, au mois d'août dernier, eu connaissance d'un cas semblable rencontré dans sa pratique par notre ami le Docteur Blondin, chef de clinique médicale à l'Ecole de Médecine ; et ces deux cas observés dans l'espace de quelques semaines nous amenèrent à penser que cette localisation du chancre infectant n'était peut-être pas aussi rare qu'il est dit dans les ouvrages classiques et qu'en tous cas, une étude d'ensemble de cette lésion pourrait présenter quelque utilité ne serait-ce qu'en rappelant ce qui a été écrit à son sujet et en épargnant de longues et fastidieuses recherches à ceux qu'elle peut intéresser.

Notre maître, Monsieur le Professeur Bureau, a bien voulu nous encourager à publier ces observations en nous signalant les divers points sur lesquels il conviendrait d'insister, à savoir : la difficulté du diagnostic du chancre infectant du vagin au début de son évolution, la grande utilité pour la malade de déterminer immédiatement la nature de la lésion dont elle est atteinte, les conséquences thérapeutiques et prophylactiques qui en découlent, tant pour la malade elle-même, que pour la société.

Aidé des excellents conseils de notre maître, nous avons entrepris ce travail que nous avons divisé en quatre chapitres.

Le premier chapitre sera un rapide historique des travaux écrits sur le chancre induré du vagin : nous y reproduirons quelques passages tirés des différents classiques, Ricord, Cullerier, Lancereaux, mais surtout A. Fournier qui, quels que soient les progrès réalisés dans cette branche de la médecine, reste toujours le maître incontesté de la syphiligraphie ; puis nous nous efforcerons, en fin de chapitre, d'établir le degré de fréquence de cet accident.

Le second chapitre sera consacré à la relation de 14 observations intitulées « chancre du vagin » par leurs auteurs et dont nous citerons quelques-unes entièrement. Nous basant sur ces différents cas, nous chercherons à fixer le siège le plus habituel de ce chancre sur l'étiologie duquel nous dirons en terminant quelques mots.

Le troisième chapitre sera relatif à l'étude clinique du

chancre induré du vagin ; dans une première partie, nous envisagerons successivement chacun de ces caractères classiques pour en déterminer la valeur en nous basant sur les observations précédentes, dans la seconde partie, nous parlerons du diagnostic du chancre infectant du vagin tel qu'il faut le concevoir aujourd'hui. Nous dirons à ce propos comment il semble que l'on puisse envisager la conduite du praticien en face d'une ulcération douteuse du vagin, et consacrerons un court paragraphe au cas tout à fait spécial du chancre induré du vagin chez la femme enceinte.

Le quatrième et dernier chapitre traitera du diagnostic différentiel des chancres entre eux : chancre infectant, chancre simple, chancre mixte, ainsi que du diagnostic différentiel du chancre infectant avec les principales lésions pouvant faire hésiter le praticien.

De courtes conclusions termineront ce travail.

Mais avant de commencer cette étude, qu'il nous soit permis de témoigner publiquement de notre vive reconnaissance envers nos maîtres des Hôpitaux de Nantes qui nous ont guidé au cours de notre vie d'étudiant.

Notre pensée ira particulièrement au maître bienveillant qui a bien voulu nous inspirer ce travail et donner à nos recherches l'appui de sa grande autorité : c'est grâce à Monsieur le Professeur Bureau que nous avons pu entreprendre cette étude ; il a bien voulu nous autoriser à publier une observation qui est l'origine et le fondement même de notre thèse, nous le prions de vouloir bien nous excuser de n'avoir pas su tirer de ses conseils tout le bien qu'ils renfermaient et d'agréer

l'hommage de nos bien sincères remerciements pour l'enseignement qu'il nous a prodigué dans son service où l'accueil le plus cordial nous a toujours été réservé.

Que Monsieur le Docteur Sébilleau, Professeur de l'Ecole de médecine de Nantes, veuille bien agréer l'expression sincère de notre profonde reconnaissance. Nous ne pouvons oublier sa bonté et son dévouement pour nous et sommes heureux que cette occasion nous soit offerte de le remercier publiquement de l'extrême bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner depuis que nous avons l'honneur d'être au nombre de ses élèves.

Nous n'oublierons pas non plus notre excellent ami le Docteur Blondin qui a bien voulu dès le début de notre travail, en nous communiquant une observation inédite, nous aider de ses avis et dont nous avons mis largement à contribution l'affectueux concours.

Monsieur le Professeur Jeanselme nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant et le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

A notre connaissance et contrairement à la plupart des affections rares, le chancre infectant du vagin n'a été jusqu'ici l'objet que d'un nombre très restreint de travaux et les auteurs qui en ont parlé n'ont fait en général que le mentionner rapidement dans leurs écrits en faisant ressortir surtout sa rareté ou « son peu d'intérêt clinique et thérapeutique » (Charlot, *Thèse de Paris* 1893).

C'est Ricord qui, le premier, en 1832, en introduisant l'usage du spéculum dans sa pratique journalière, donne pour la première fois une description des ulcérations vaginales ; puis, en 1860, dans ses *Leçons sur le chancre* au sujet de l'induration du chancre infectant, il écrit « qu'il est des régions anatomiques où l'induration se dessine mal, devient fort difficile à apprécier » et disparaît fort rapidement. Ainsi, sur la muqueuse » du vagin, sur les caroncules myrtiliformes, à l'anus, etc.. » L'induration ne s'y produit qu'en surface. Encore y

» est-elle extrêmement légère et quoique suffisamment
» accusée pour une main attentive et habile, fort difficile
» à percevoir pour les doigts novices et inexpé-
» mentés ».

En 1860, également, Cullerier, dans son *Précis icono-
graphique des maladies vénériennes*, dit : « Le chancre
» induré du vagin est rare, celui du col l'est beaucoup
» moins ».

En 1865, Lancereaux, au sujet des différentes locali-
sations de l'accident primitif fait remarquer que « ra-
» rement cet accident s'est rencontré sur les parois du
» vagin. Le vagin est rarement affecté dans les diverses
» périodes de la syphilis : jusqu'ici du moins on connaît
» peu d'altérations de ce conduit auxquelles il soit pos-
» sible d'attribuer sûrement une origine syphilitique ».

Nous ne citerons que pour mémoire Després, qui, en
1869, dans les *Archives générales de médecine*, nie chez
la femme, le chancre induré comme accident initial
d'une syphilis.

Puis, en 1875, dans son *Traité des maladies véné-
riennes*, Julien écrit : « Dans le vagin, au delà de l'an-
»neau vulvaire, qui en marque la limite inférieure, rien
» de plus rare que les lésions syphilitiques, je dirai
» même rien de plus problématique », et il fait remar-
quer « la singulière immunité du vagin plus marquée
» encore pour le chancre huntérien que pour le chancre
» simple ».

En 1879, Cornil dans ses *Leçons sur la syphilis* écrit :
« qu'il est douteux qu'on ait jamais observé un seul
» chancre infectant du vagin ».

La même année, dans son *Manuel pratique de gynécologie*, De Sinety dit que « les manifestations de la syphilis sont peu fréquentes sur le vagin. Le chancre y est tout à fait exceptionnel, quand il existe c'est surtout vers la région vulvaire ou vulvo vaginale et alors la lésion est aussi bien vulvaire que vaginale ».

Enfin, dans son *Traité de la syphilis*, Fournier dit lui aussi « les chancres infectants du vagin sont tellement rares qu'on n'en saurait encore déterminer exactement la symptomatologie ».

Il faut arriver jusqu'en 1881, pour trouver dans la thèse de Gardillon une étude documentée des chancres du vagin avec quatre observations de chancres syphilitiques de cet organe.

Nous reproduirons d'ailleurs ces observations dans le chapitre suivant, mais avant, nous basant sur quelques statistiques, nous voudrions fixer, autant que faire se peut, la part qui revient à ce chancre dans le total des accidents primitifs enregistrés chez la femme.

Sur 128 cas de chancres infectants observés pendant quatre ans dans le service de Martineau (1876-1880), ainsi qu'il résulte d'une statistique dressée par son interne Binet, on ne trouve que deux chancres du vagin.

Sur 249 cas de chancres syphilitiques observés chez la femme, Fournier n'a trouvé qu'un seul cas de chancre du vagin, encore est-il douteux puisqu'il a cru devoir le marquer d'un point d'interrogation.

Dans leur ouvrage sur la syphilis, Belhomme et Martin écrivent que, sur 776 malades vénériens entrés dans le service de Clerc du 1^{er} janvier 1861 au 31 décembre

de la même année, il y a eu 45 chancres syphilitiques et qu'il n'y a pas eu durant cette période, un seul cas de chancre infectant des parois vaginales.

Enfin, dans une statistique plus récente, faite en 1914 dans le service du Professeur Gaucher, portant sur une période de dix ans et comprenant 1182 malades chez lesquelles le chancre infectant a pu être nettement localisé, le Docteur J. Bobrie de La Rochelle ne signale que quatre chancres des parois vaginales : ce sont les fiches 7407, 8505, 8547 et 8901 du service de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'Hôpital Saint-Louis.

Ces fiches dont nous devons la communication à la bienveillance de Monsieur le Professeur Jeanselme figurent dans nos observations sous les numéros VI, VII, VIII et IX : nous en discuterons la valeur au point de vue « chancre des parois vaginales » dans le prochain chapitre.

D'après ces statistiques il semble qu'il n'y ait pas de discussions possibles au sujet de la fréquence de la lésion qui nous occupe, et cependant, si nous recherchons dans la thèse de Gardillon les dates correspondant à ses quatre observations, nous trouvons que ces quatre cas de chancre du vagin ont été rencontrés dans le même service en moins de neuf mois :

14 et 27 septembre 1880, 29 avril et 23 mai 1881.

De même, les trois derniers cas de l'Hôpital Saint-Louis ont été observés en moins de trois mois.

Il y a dans cette constatation de quoi faire hésiter quant à la valeur des statistiques précédentes et l'on

s'explique que certains auteurs aient écrit en 1917 qu'ils étaient tentés de croire que si les ulcérations syphilitiques du vagin sont rares, c'est qu'elles échappent à un examen rapide, souvent trop sommaire, ou bien que l'éclairage est insuffisant ou défectueux. (D^r Courtade, *Annales des maladies vénériennes*, 1917, p. 739).

En 1913, le Professeur Gaucher n'écrivait-il pas que le chancre du col de l'utérus est plus fréquent qu'on ne le pense généralement, mais qu'étant donné son siège et son indolence habituelle on concevait facilement qu'il passe souvent inaperçu (*Annales des maladies vénériennes*, 1913, p. 534).

Les mêmes remarques peuvent être faites au sujet du chancre infectant du vagin et à l'appui de cette opinion nous citerons le travail du D^r J. Bobrie qui, au cours de ses recherches dans le service de St-Louis « dut éliminer 801 cas, c'est-à-dire 37 o/o des malades parce que « l'examen le plus minutieux, alors qu'elles étaient en « période secondaire n'avait pas permis de retrouver « l'emplacement de l'accident primitif qu'elles avaient « ignoré. Et cependant, vraisemblablement, ces chancres « passés complètement inaperçus avaient été situés dans « la sphère génitale, car partout ailleurs ils auraient « attiré l'attention de la plupart de ces 801 malades ».

Enfin, en 1916, les docteurs Gelhorn et Ehrenfert écrivent, au sujet du chancre infectant du vagin, que de l'absence de symptômes définis tels que la douleur ou l'écoulement vaginal et du peu de signification que présentent les cicatrices consécutives, résulte, dans un grand nombre de cas, l'erreur ou l'inhabileté à établir

un diagnostic exact de cette lésion, et selon eux, « les
« chancres primitifs du vagin sont rares probablement
« à cause de certains caractères histologiques et biolo-
« giques de cet organe. Le signe typique de la sclérose
« d'une membrane muqueuse, c'est-à-dire le caractère
« parcheminé ne dure, comme règle, que très peu de
« temps. Dans les circonstances ordinaires la « restitutio
« ad integrum » ayant lieu au bout de deux semaines, le
« diagnostic rétrospectif est pour ainsi dire impossible ».
(Syphilis chez la femme. *Annales des maladies véné-
riennes*, 1916, p. 567).

Il apparaît donc, en parcourant ce qui a été écrit dans ces dernières années à ce sujet, que la notion classique de la rareté des chancres du vagin ne soit plus acceptée *a priori* par nombre de cliniciens.

C'est que les observations intitulées chancre des parois vaginales deviennent plus nombreuses chaque jour tout en restant, il faut bien le reconnaître encore très rares vu l'extension énorme de la syphilis depuis 1914.

Cependant, nous ne pouvons passer sous silence les 21 cas de chancres syphilitiques du vagin signalés par Rille en 1896 et dont 18 furent observés par lui dans le même service (Vienne) en moins de 2 ans. Il nous semble toutefois nécessaire de faire remarquer à ce sujet avec Nielsen de Copenhague que ce nombre extraordinairement élevé de chancres infectants « n'a pas été
« éclairci par l'observation de l'évolution ultérieure de la
« maladie » (*Semaine dermatologique*. Leipzig, 27 février 1915, P. 211).

Il est certes permis de supposer qu'avec les moyens actuels de diagnostic et l'éducation de la femme, le chancre passera désormais moins souvent inaperçu d'elle-même comme de son médecin qui ne sera plus consulté trop tard pour pouvoir en retrouver la place, mais, et c'est là le fait qui importe, jusqu'à plus ample informé, nous basant simplement sur les cas observés, nous sommes obligé de reconnaître que le chancre infectant des parois vaginales demeure encore aujourd'hui, malgré l'augmentation des cas de syphilis, une affection exceptionnelle aussi rare qu'elle le fut du temps de Fournier.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Les 14 cas dont la relation fait l'objet de ce chapitre se répartissent de la façon suivante :

Le premier est celui que Fournier mentionna dans sa statistique.

Les 4 suivants sont empruntés à la thèse de Gardillon : *Essai sur les chancres du vagin* (Paris, 1881).

Les sixième, septième, huitième et neuvième cas correspondent aux fiches n^{os} 7407, 8505, 8547, 8901 étiquetées « chancres des parois vaginales » dans la statistique de M. le D^r J. Bobrie.

Le dixième est tiré d'une communication que fit paraître dans : *Les annales des maladies vénériennes* de 1917, M. le D^r Courtade.

Le onzième cas, relaté dans les *Annales de dermatologie et syphiligraphie* de 1919, concerne une malade chez laquelle le docteur italien G. Cavagni observa 5 chancres infectants du vagin.

Le douzième fut observé par le D^r Nielsen de Copen-

hague qui fit paraître à son sujet un article dans la *Semaine dermatologique* de Leipzig en 1915.

Le treizième cas (observation inédite) est celui du Dr Blondin.

Le dernier (observation personnelle) est celui que nous avons observé à l'Hôtel-Dieu de Nantes dans le service de M. le professeur A. Bureau.

Obs. I. — C'est le cas pour lequel Fournier jugea bon de mettre un point d'interrogation dans sa statistique.

Il concernait un chancre occupant le cul-de-sac postérieur.

Obs. II. — (*Résumée*). (Publiée par M. Binet en janvier 1881).

Marie M..., 18 ans, entre à la salle St-Louis le 14 septembre.

L'examen des organes génitaux fait constater une inflammation folliculeuse légère sous les plis génito-cruraux, une syphilide érosive de la fosse naviculaire, avec tuméfaction légère de la grande lèvre droite, qui est plus rouge que l'autre.

Adénite inguinale droite multiple.

Au toucher on trouve l'utérus en antéversion ; méat cervical un peu entr'ouvert, érodé ; adéno-lymphite double vers les culs-de-sac latéraux, sur les côtés de l'utérus. Sur la paroi vaginale droite, à l'union du segment postérieur avec le segment moyen, le doigt perçoit une érosion déprimée, arrondie, nettement circonscrite, non douloureuse.

Au *spéculum* l'érosion vaginale se montre avec l'ensemble des caractères objectifs du chancre induré : fond rouge, luisant, vernissé, non purulent : bords légèrement surélevés, se continuant sans ressaut avec le fond de l'érosion et les tis-

sus ambiants dont la teinte est normale; non taillés à pic, ni décollés. Elle offre la grandeur d'une pièce de 50 centimes et siège sur la paroi vaginale droite, à peu près au niveau de l'extrémité inférieure du museau de tanche.

En promenant lentement le doigt sur la paroi vaginale au niveau de l'érosion, on éprouve, en passant sur elle, un léger ressaut et la sensation d'une surface plus rénitente.

Les lymphatiques qui cheminent le long de la paroi du vagin sont assez gros ; ils paraissent sortir de l'érosion et se rendent aux ganglions post pubiens, qui sont indurés. On trouve également de petits ganglions au niveau du trou obturateur et le long de la branche horizontale du pubis.

Sur le corps on constate des syphilides papulo squameuses discrètes, une roséole légère, des taches érythémateuses circulaires, d'un rouge jambonné à la paume des mains et à la plante des pieds. Alopecie commençante et adénite cervicale légère à gauche.

La sérosité du chancre est inoculée à la cuisse : l'examen ultérieur montre qu'elle est stérile, etc...

Obs. III. (BINET, GARDILLON) — Marie G. , âgée de 19 ans, entre le 27 septembre 1880 pour des érosions sur les lèvres datant d'une dizaine de jours.

A l'examen local, on trouve les grandes lèvres légèrement œdématisées et présentant des syphilides érosives. A l'anus quelques plaques papulo-érosives avec folliculite et une ulcération à la face postérieure de l'orifice.

Adénite inguinale multiple double, plus prononcée à droite.

Au toucher, derrière l'anneau vulvaire, sur la colonne postérieure du vagin, immédiatement au delà de l'hymen, le doigt perçoit une surface érodée, non douloureuse, finement rugueuse, dont le fond légèrement saillant donne une sensation de résistance.

Au spéculum, l'érosion se présente avec l'aspect d'un chan-

cre induré. Le fond est grisâtre, les bords légèrement surélevés ne sont ni décollés ni taillés à pic, mais se continuent sans ressaut avec le fond et les parties voisines. Elle est arrondie, de la grandeur d'une pièce de 20 francs.

En introduisant les index de chacune des deux mains, on constate facilement une induration fortement parcheminée, limitée au contour de l'érosion et qui permet de l'énucléer en quelque sorte des tissus ambiants au milieu desquels elle se détache nettement, etc...

Obs. IV (GARDILLON). — Alice C., âgée de 20 ans, fleuriste, entre le 29-avril 1881, dans le service de M. Martineau pour une tumeur de l'aîne gauche datant de treize jours.

Pas d'insomnie, pas de céphalée, pas d'alopecie. Rien à la gorge.

Inspection : Adénite inflammatoire de l'aîne gauche du volume d'un œuf de poule avec fluctuation superficielle.

A la face interne de la petite lèvre gauche, érosion du volume d'une lentille, inégale, à fond rouge, lisse, à bords non saillants, sans induration (herpès) ?

Rien à la vulve.

Au toucher, dans le cul-de-sac droit, en arrière, on trouve accolé à l'utérus un ganglion mobile, non douloureux.

Dans le cul-de-sac droit, un peu en avant, près du col on sent les bords saillants et durs d'une érosion.

Au spéculum. Dans le cul-de-sac droit, un peu en avant, on aperçoit une érosion circulaire de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Les bords en sont nets et saillants, ils se continuent avec les parties voisines, le fond est rosé, lisse et comme vernissé.

Le toucher fait sentir des lymphatiques enflammés se dirigeant de l'utérus aux ganglions de la fosse obturatrice.

On recherche l'état des ganglions épitrochléens. A droite et à gauche ils sont volumineux.

6 mai : Bubon de l'aîne gauche considérablement dimi-

nué. Il n'y a plus de fluctuation ; l'érosion de la petite lèvre est disparue.

L'érosion du vagin est en voie de disparaître. Au toucher ses bords sont toujours durs. Le fond en est toujours rouge, lisse et vernissé.

Les lymphatiques de la paroi postérieure du vagin sont durs et sensibles au toucher. Ils partent du chancre et vont aux culs-de-sac : ils sont gros comme une aiguille à tricot.

Dans l'aîne droite, adénite multiple, indolente, survenue pendant le séjour à l'hôpital.

Sort le 8 mai sur sa demande.

L'auteur ajoute qu'il n'a pu constater l'évolution ultérieure de la syphilis.

Obs. V. (GARDILLON). — Eugénie A... 21 ans, entre le 23 mai 1881, dans le service de Martineau.

Déflorée à 20 ans par son mari.

Il y a 7 semaines, son mari, soldat, revint la voir : quelque temps après cette visite elle s'aperçut de boutons aux parties, se fit traiter en ville puis entra à Lourcine.

Etat actuel : Grandes lèvres tuméfiées, entr'ouvertes. Sur la grande lèvre droite, on constate une énorme ulcération, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, à fond jaunâtre, à bords purulents, taillés à pic.

On en constate une autre sur la grande lèvre droite, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, présentant les mêmes caractères que la première.

Deux autres ulcérations à la fourchette.

Une à la fosse naviculaire grande comme une pièce de 50 centimes, une autre au niveau de l'urèthre, toutes présentant les mêmes caractères.

Spéculum. Rien au vagin. Large érosion folliculaire du col.

Pas d'alopécie, ni de céphalée. Rien à la peau.

Diagnostic : Chancres simples.

30 mai : Au spéculum dans le segment postérieur du vagin, sur la paroi antérieure et un peu à gauche, on constate l'existence de trois ulcérations, situées sur une même ligne. Deux de ces ulcérations sont presque confondues en une seule et ne sont séparées que par quelques débris de la muqueuse constituant une sorte de cloison. Elles sont de forme elliptique et de la grandeur d'une pièce de 20 centimes. La troisième a les dimensions d'une lentille. Toutes trois ont des bords rouges légèrement saillants, taillés à pic et le fond excavé et grisâtre.

A l'entrée du vagin, à 2 centimètres en arrière des caroncules myrtiliformes, on trouve une autre ulcération présentant les mêmes caractères.

Diagnostic : Chancres simples du vagin.

2 juin : Les chancres vulvaires sont en voie d'amélioration.

4 juin : Les deux ulcérations du fond du vagin sont réunies en une seule. Celles de la vulve sont de mieux en mieux.

Je pratique une double inoculation : 1^o avec du pus pris sur les chancres vaginaux ; 2^o avec du pus pris sur les chancres vulvaires.

7 juin : Les deux inoculations sont négatives.

M. Martineau discute alors les trois hypothèses suivantes :

1^o Chancre simple, (les inoculations faites restèrent négatives.

2^o Syphilides ulcéreuses, lésion généralement tardive, mais qui, dans certaines formes de syphilis, peut survenir prématurément ;

3^o Chancres infectants.

M. Martineau se prononça pour la troisième.

Deux jours après, une syphilide papuleuse venait confirmer le diagnostic.

Et Gardillon conclut :

Ainsi le seul critérium infaillible, celui qui décidera sûrement le diagnostic entre la syphilide vaginale ou le chancre simple, c'est l'auto-inoculation.

Obs. VI. (fiche n° 7407). — Mme X. vient consulter le 21 mai 1906 à St-Louis.

Chancre vaginal au mois de juin 1904.

A eu à plusieurs reprises des plaques muqueuses sur les lèvres et la langue ainsi que des plaques vaginales.

A eu des boutons sur le corps et les bras : de gros boutons avec une croûte qui parfois suppuraient et qui ont laissé des cicatrices indélébiles blanchâtres.

Pas d'accidents oculaires.

Pertes vaginales tachant le linge en jaune. Quelques douleurs à la miction.

Actuellement encore fait des lavages au permanganate.

A soigné sa syphilis avec des pilules prises presque continuellement ; ce traitement fut institué en Angleterre et la composition des pilules est ignorée par la malade.

Mise aux piqûres de benzoate de mercure le 21 mai 1906.

Remarque : Cette observation ne saurait être prise en considération pour le cas qui nous occupe car c'est la malade qui a déclaré elle-même avoir eu un chancre vaginal, et ce chancre n'a pas été constaté.

Obs. VII. (fiche n° 8505). — Mme X. vient consulter à St-Louis, le 24 décembre 1906.

Il y a un mois, a eu un chancre syphilitique vaginal à l'orifice du côté gauche, ulcéré, large comme une pièce de 5 francs. Œdème de la grande lèvre.

Depuis 5 ou 6 jours éruption généralisée, discrète de syphilides papuleuses miliaires qu'on retrouve dans la paume des mains.

Début de leuco-mélanodermie du cou.

Petite plaque de la langue.

Traitement : Piqûres de benzoate.

7 janvier : très améliorée.

Sortie le 12 janvier 1907.

Obs. VIII. (fiche n° 8547) Mme. X. — vient consulter à St-Louis le 31 décembre 1906.

Depuis trois semaines, œdème de la grande lèvre droite, avec chancre ulcéreux de l'orifice du vagin du même côté.

Depuis le même temps lésions de gale.

Eruption cutanée très douteuse.

Traitement par piqûres de benzoate.

10 janvier 1907. Très améliorée, pas d'éruption nette.

Obs. IX. (fiche n° 8901, *résumée*). — Mlle X. vient à la consultation de St-Louis le 4 mars 1907.

Entre dans le service pour mal de gorge ayant débuté il y a huit jours.

Antécédents héréditaires : mère encore vivante, père vivant également mais avec hémiplegie gauche survenue à 26 ans.

Antécédents personnels : la malade n'a pas vu clair jusqu'à l'âge de 12 ans et présentait à ce moment des boutons sur la face.

Maux de gorge très fréquents dans le jeune âge.

Fausse couche de trois mois il y a deux ans à la maternité de l'hôpital St-Louis : rétention placentaire (curettage).

En juin 1906, la malade a eu un chancre de l'orifice vaginal et a été soignée salle Lorry. Elle a présenté ensuite des plaques muqueuses vulvaires.

Actuellement, elle ne présente aucun accident syphilitique.

Il s'agit d'un simple abcès amygdalien.

Traitement : piqûres benzoate.

Sortie le 11 mars 1907.

Obs. X. — Empruntée à une communication faite dans les *Annales des maladies vénériennes* de 1917 par M. le Dr Courtade.

Récemment encore (9 octobre 1917) j'ai constaté chez une femme en carte de 22 ans, venue au dispensaire pour passer sa visite bi-mensuelle, l'existence d'une ulcération sur la partie supérieure et interne de la petite lèvre gauche, au niveau du vestibule du vagin ; même en écartant la vulve avec les doigts cette ulcération est invisible ; ce n'est qu'en inspectant les parois vaginales à mesure qu'on retire le spéculum que la plaie a été constatée, au moment où l'instrument quittait presque la cavité. Il existe un gros ganglion inguinal. La palpation est difficile, car on ne peut pincer les bords de l'ulcération entre deux doigts ; il m'a semblé qu'il existait une certaine dureté de la plaie, mais ce n'était point assez caractéristique pour en faire un élément de diagnostic ; la malade a été envoyée à Saint-Lazare.

Note complétoire de M. Blum :

La malade L..., envoyée par le Dr Courtade à St-Lazare, présente une ulcération arrondie à fond chair musculaire et une adénopathie inguinale gauche, constituée par un gros ganglion central, dur, mobile, roulant sous le doigt.

L'ulcération paraît être nettement « un chancre syphilitique ».

A la communication de M. le Dr Courtade nous empruntons le dernier passage :

« La malade n'a jamais, dit-elle, éprouvé la moindre sensation qui put lui faire croire qu'elle était malade et grande a été sa surprise quand elle a appris qu'elle avait une ulcération vaginale pouvant être dangereuse pour ses clients. C'était un sujet qui ignorait l'existence d'une maladie vénérienne et qui était un agent de propagation de sa maladie avec la meilleure foi du monde ».

Obs. XI. — C'est celle d'une jeune femme atteinte de cinq chancres infectants du vagin. Ce cas fut signalé dans les *Annales de dermatologie et syphiligraphie* de 1919 à la page 183. Il avait été publié par le docteur G. Cavagnis dans le journal italien *Giornale italiano delle malattie venerée et della pelle* à la date du 14 mai 1915 sous le titre « Sifilomi multipli della vagina ».

Voici en ce qui concerne les passages qui se rapportent directement à notre sujet la traduction de ce^{trava}_{id} travail dont nous devons la communication à l'amabilité de M. le Dr Cortona Enrico d'Alessandria.

Clinique de dermatologie et syphiligraphie de l'université R. de Padoue, direction : Professeur A. Breda. *Chancres syphilitiques multiples du vagin* par le Dr Cavagnis Giovanni.

La rareté avec laquelle se présentent les chancres syphilitiques du vagin et particulièrement les chancres multiples de cet organe me fait croire que le cas observé dans notre clinique n'est pas sans intérêt et selon le désir de mon maître le Pr Breda je le rapporte brièvement.

Il s'agit d'une femme de 22 ans, prostituée, qui, à son entrée à la clinique, présentait sur le bord de la petite lèvre droite un petit abcès ouvert spontanément le jour précédent et un écoulement blennorragique de l'urètre et du col utérin.

On notait une polyadénite inguinale double non enflammée, constituée par un ganglion interne de la taille d'une grosse noisette et par d'autres ganglions de la partie externe, tout à fait durs, mobiles, indolents.

Il n'existait aucune lésion à la vulve (excepté le petit abcès plus haut mentionné) non plus qu'au périnée et aux parties voisines.

A l'entrée du vagin, à un demi-centimètre au-dessus de l'insertion de l'hymen, on observait sur la partie droite une érosion ovale légèrement surélevée, large d'un demi-centimètre et dont le plus grand diamètre avait la direction du vagin,

de coloration rouge chair, de consistance parcheminée, nettement circonscrite, complètement indolore, tant spontanément qu'à la pression.

Sur le côté gauche, à deux centimètres au-dessus de l'entrée du vagin, existait une lésion analogue, exulcérée, sécrétant légèrement, de consistance dure.

Sur la surface postérieure, à mi-hauteur du vagin, se voyait une autre lésion arrondie, large d'un centimètre, de coloration rouge chair, légèrement surélevée, à surface érodée, puis à droite sur la partie médiane une autre ulcération ovalaire avait les caractères précédemment décrits à propos de la deuxième lésion ; une dernière lésion érosive, infiltrée, rougeâtre, grande d'un demi-centimètre, se voyait à la partie supérieure gauche du vagin.

L'exploration permettait d'établir la netteté de l'infiltration de chaque lésion, leur consistance élastique, indurée, leur indolence absolue.

Le col de l'utérus ne présentait aucune altération, excepté celles qui provenaient du processus blennorragique en amont.

Les caractères de ces lésions vaginales firent aussitôt penser au Pr Breda qu'il s'agissait de chancres syphilitiques multiples (cinq) avec polyadénite spécifique inguinale.

L'examen fut pratiqué du produit de râclage de chaque lésion : dans toutes les préparations on pu constater la présence du spirochète pâle en nombre variable selon la préparation.

La réaction de Wassermann fut trouvée positive.

La symptomatologie du cas que nous avons observé peut se résumer ainsi : lésions de coloration rouge chair, arrondies ou ovalaires, le fond érodé ou exulcéré, de diamètre intermédiaire à un demi et un centimètre, avec une infiltration discrète, nettement circonscrite, donnant la sensation de dureté élastique. Nullement douloureuses ni spontanément ni à la pression.

L'exploration permettait d'étudier nettement la lésion.

Cette syphilis vaginale s'accompagnait d'une adénopathie spécifique, inguinale relativement aux chancres siégeant dans la partie antérieure du vagin, du petit bassin en ce qui concernait ceux de la portion postérieure du conduit.

Au sujet de cette observation nous pensons que l'infection gonococcique dont était atteinte cette prostituée, en occasionnant quelques érosions de sa paroi vaginale a été la cause déterminante de la multiplicité des chancres syphilitiques constatés chez elle.

Les cas de chancres multiples développés simultanément sur des excoriations de gale ou des érosions herpétiques qui ont été signalés semblent en effet démontrer que plusieurs solutions de continuité des téguments cutanés ou muqueux, si légères soient-elles, sont nécessaires à l'apparition d'accidents primaires multiples.

Ces chancres infectants peuvent d'ailleurs se montrer sur le même individu à de courts intervalles pendant l'incubation primaire de la syphilis ou les premiers jours de l'évolution de l'accident initial.

Obs. XII, Dr NIELSEN (résumée). — La malade, 29 ans, célibataire, entre dans mon service le 14 février 1914. Pas d'antécédents vénériens, pas de fausse-couches, une grossesse il y a quatre ans avec enfant bien portant, actuellement enceinte de six mois. Elle ne peut préciser la date de la contamination. Mais celle-ci remonte vraisemblablement à 4 mois parce qu'elle dit avoir eu il y a environ 7 à 8 semaines une éruption aux parties génitales avec chute des cheveux et céphalée : elle n'a pas été traitée.

A l'examen on trouvait sur la paroi antérieure du vagin à environ 3 centimètres du fond, une ulcération de forme triangulaire à angles arrondis de 2 centimètres de large sur

1,5 de haut ; le bord large de 2 m/m formant bourrelet était nettement délimité par la muqueuse vaginale environnante qui était normale. Ce bord délimitait une sorte de plateau légèrement creusé qui en son centre par des bords nettement perpendiculaires circonscrivait une étroite ulcération (10×3 m/m) à fond sombre de couleur rouge jaunâtre.

A la sonde et au doigt on sentait une induration très nette et bien localisée.

Dans le produit de râclage de l'ulcération on trouva à l'ultra microscope de nombreux spirochètes pâles. Wassermann positif.

Pas d'adénite du petit bassin, adénite inguinale double, polyadénite axillaire, cervicale, retro et sous-maxillaire.

Roséole du tronc, alopecie, plaques muqueuses linguales et sur les amygdales, céphalée.

La malade ne ressentait aucune douleur vaginale et ne présentait aucun écoulement.

Après dix jours de traitement l'ulcération avait disparu ; il ne restait qu'une très étroite cicatrice non infiltrée, difficilement visible entre les plis de la muqueuse vaginale.

Sauf l'adénite, les autres symptômes avaient disparu et 2 mois 1/2 après son admission la malade avait un Wassermann négatif.

Obs. XIII. (Dr BLONDIN) (*Inédite*). — Madame G... 32 ans, se présente à ma consultation le 13 juillet 1922 pour se faire examiner sur le conseil que j'avais donné à son mari quelques jours auparavant.

Celui-ci en effet s'était présenté en juin à mon cabinet porteur d'une syphilis secondaire généralisée. Le chancre datait du mois de mai, mais ce malade peu soucieux de sa santé non plus que de celle de sa femme avait attendu pour consulter l'apparition des lésions secondaires qui, à cette date, étaient les suivantes : roséole, syphilides papuleuses généralisées, plaques muqueuses des amygdales, plaques mu-

queuses confluentes du gland et du prépuce, céphalée, etc. Il m'avoua d'ailleurs sans aucune espèce de scrupule que ses relations avec sa femme et sa maîtresse n'avaient subi aucun arrêt du fait de ces « bobos » ! Je lui conseillai de s'abstenir.

A l'examen des parties génitales externes je ne trouve chez M^{me} G. rien d'anormal. Rien à la gorge. Rien à l'anus.

Au spéculum, le col utérin et les parois vaginales sont normaux.

A la palpation je ne trouve aucune adénopathie.

En présence de cet examen négatif je la remets à huit jours, insistant auprès d'elle sur la nécessité de se faire examiner de nouveau ; elle me promet de revenir bien que, dit-elle, « elle ne se sente aucunement malade ».

Malgré cela, je ne revis la malade que quinze jours plus tard.

A cette époque, 28 juillet, elle souffrait et revenait en se plaignant de brûlures à la miction.

A l'examen des parties externes je trouve un méat urinaire rouge, la lèvre inférieure est épaissie, infiltrée en croissant, la palpation en est douloureuse.

Adénite inguinale double mais particulièrement accentuée à droite où l'on trouve un gros ganglion indolore et roulant sous le doigt.

Au spéculum, rien sur le col ni dans les culs-de-sac, mais en examinant les parois vaginales au fur et à mesure que l'on retire l'instrument, on découvre une ulcération de la largeur d'une pièce de un franc, à bords surélevés, à fond légèrement sanieux, située sur la face latérale droite du conduit vaginal à deux centimètres et demi au-delà des caroncules.

Au toucher consistance cartonnée de l'ulcération, la malade déclare ne pas souffrir de cette lésion et se montre fort surprise lorsqu'elle apprend qu'elle a une ulcération vaginale.

La recherche du tréponème à l'ultra-microscope est faite immédiatement et est trouvée positive.

Une prise de sang fut pratiquée en vue du sérodiagnostic.

Le Wassermann fut également trouvé positif.

Diagnostic : chancre infectant double du vagin et du méat.

La malade fut mise séance tenante au traitement par le néo-arsénobenzol et reçut successivement sept injections de 914.

Un mois et demi après cette série de piqûres, la malade fut prise de céphalée violente à recrudescence vespérale qui disparut à la première piqûre de la seconde série.

J'ai su par la suite, par le mari de Mme C., qu'il avait également contaminé deux autres femmes !

Obs. XIV. (personnelle). — Prise dans le service de M. le Dr Bureau G. à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Augustine V..., fille en carte, âgée de 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 octobre 1922 ; elle y est envoyée par le médecin du dispensaire qui, au cours de sa dernière visite bi-hebdomadaire, a constaté chez elle une ulcération du vagin.

Cette femme ne souffrant aucunement ne voulait pas croire qu'elle était malade et dut être amenée dans le service par les soins de la police.

Réglée à 18 ans, régulièrement et sans douleur, elle fut déflorée à 19 ans et fit à l'âge de 22 ans à la suite d'un accident, dit-elle, une fausse couche de 3 mois.

Comme antécédents vénériens elle n'accuse rien jusqu'à ce jour mais, par suite de « sa profession », elle se déclare tout à fait incapable de dire, même approximativement, la date du coït infectant.

A l'examen des organes génitaux externes, on ne trouve rien d'anormal, la vulve est saine, rien à l'anus, pas d'adénite inguinale.

La gorge ne présente rien de particulier, la malade n'accuse pas de céphalée.

Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont libres et normaux, mais, en parcourant les parois vaginales, on sent une petite dépression vers le tiers antérieur de la paroi latérale droite : on a l'impression d'une perte de substance lacunaire dans l'emplacement de laquelle peut se loger l'extrémité de la pulpe digitale. L'examen en est tout à fait indolore.

En cherchant à se rendre compte de la consistance de la lésion il semble qu'il existe une certaine infiltration des parties sous-jacentes mais cette sensation n'est pas suffisamment nette pour faire un diagnostic de syphilis.

C'est en vain que l'on cherche une adénopathie symptomatique, pas plus que dans la région inguinale on ne trouve de ganglion dans les culs-de-sac ou en arrière du pubis.

Au spéculum en dépliant la muqueuse vaginale, on se trouve en présence d'une ulcération arrondie de grandeur intermédiaire à une pièce de cinquante centimes et à une de un franc. Elle est située à trois centimètres au delà des caroncules et présente un bord rouge irrégulier, elle donne l'impression d'une plaie anfractueuse et légèrement sanieuse de teinte gris jaunâtre.

Le col utérin est normal et en dehors d'une petite zone inflammatoire au pourtour de la lésion, la muqueuse vaginale ne présente rien de particulier.

En présence de ces signes cliniques incertains, la lésion ressemblant extérieurement à un chancre simple mais ne suppurant que très peu, se basant sur la sensation vague d'infiltration, quoique sans adénopathie décelable. M. le Pr Bureau fit faire immédiatement la recherche du tréponème à l'ultra-microscope.

Cet examen fut trouvé positif.

On rechercha également le bacille de Ducrey : cet examen fut négatif.

On fit une prise de sang en vue d'un séro-diagnostic ultérieur.

Et le jour même, on mit la malade au traitement.

Elle reçut successivement sept injections intraveineuses d'arsenobenzol aux doses progressives de 0,45-0,30-0,45-0,60 0,60 0 60-0,60 à raison d'une injection par semaine.

Quant au Wasserman, fait particulièrement intéressant pour le diagnostic :

Le 3 octobre il fut trouvé négatif.

Le 22 octobre il devenait légèrement positif.

Le 6 novembre il se maintenait encore légèrement positif.

Le 26 novembre il redevenait négatif.

La malade est sortie du service le 30 novembre sans avoir présenté aucun accident secondaire.

Au cours du traitement nous avons pu constater l'induration en surface de la lésion : cette induration diminua au fur et à mesure de la restauration de la paroi.

Un mois après son entrée dans le service, la malade ne présentait plus au niveau de l'accident primitif aucune trace qui put faire croire qu'elle avait eu la syphilis : la muqueuse vaginale avait repris son aspect et sa consistance ordinaires.

Si en terminant ce chapitre, nous faisons la récapitulation des localisations de ces différents chancres infectants et essayons d'en fixer le siège le plus fréquent, nous sommes amené à constater que sur ces 14 cas 9 seulement répondent à une localisation nettement vaginale : ce sont ceux qui sont relatés dans les observations I, II, III, IV, V, XI, XII, XIII, et XIV dont l'observation V relatives à 3 chancres et l'observation XI relative à 5 chancres.

Les autres observations intitulées chancres du vagin par leurs auteurs sont en réalité des chancres de la région vulvo-vaginale ou n'ont pu être constatés à leur période d'état (tel le cas de la fiche n° 7407) et ne sau-

raient être pris en considération pour la question que nous traitons ; ils montrent seulement l'exactitude des conclusions de MM. Hallopeau et Fouquet qui, en 1911, écrivaient dans leur traité de la syphilis. « Les chancres » de l'entrée du vagin ne sont pas rares, quant aux » chancres profonds de la cavité du vagin, ils sont très » exceptionnels ».

Ces 9 observations correspondent à 15 chancres nettement vaginaux dont 8 sont situés dans le tiers postérieur, 5 dans le tiers antérieur et 2 sur le tiers moyen.

Ces quelques cas peuvent-ils nous permettre de conclure sur la localisation la plus habituelle du chancre infectant du vagin, nous ne le croyons pas absolument, mais ce que nous pouvons enregistrer c'est qu'actuellement, à notre connaissance, il n'existe qu'une observation où des chancres infectants aient été constatés sur le tiers moyen du conduit vaginal et encore étaient-ils accompagnés par d'autres lésions semblables siégeant sur les deux autres tiers de cet organe (1).

Et cette constatation nous amène à dire quelques mots des différentes théories qui ont été émises pour tenter d'expliquer d'une part la rareté, d'autre part le siège du chancre infectant du vagin.

Mais avant, pour servir de base à ces considérations, nous voudrions citer ce passage que Monsieur Branca

(1) Dans son travail *Über den syphilitischen Primäraffekt in der vagina Frankfurt a M. 1896* Rille disait avoir rencontré des chancres indurés sur toute l'étendue du vagin. Mais nous avons vu que nous ne pouvons prendre à la lettre ses conclusions.

a écrit dans son précis d'histologie sur la constitution de la muqueuse vaginale :

« L'épithélium vaginal, écrit-il, épais de 350 à 400 μ .
» est de type pavimenteux stratifié et sa surface ne se
» kératinise pas. Jamais il ne donne naissance à des
» glandes, et les glandes qui peuvent s'ouvrir anormale-
» ment à sa surface siègent seulement au niveau de ses
» deux extrémités; les glandes du groupe supérieur sont
» des glandes utérines, les glandes du groupe inférieur
» représentent des glandes erratiques (glandes sébacées
» ou glandes vulvovaginales) d'origine vulvaire ».

Nous croyons utile de rappeler à ce sujet que Cornil signalait « l'absence absolue d'orifices glandulaires dans le vagin ».

» Vers la même époque (1879) dans ses leçons sur la
» syphilis, Fournier disait en parlant du vagin : « Ra-
» tionnellement ce serait lui qui devrait recevoir le plus
» souvent la contagion. Eh bien, chose bizarre, c'est lui
» qui la reçoit le plus rarement. Quel est le secret de
» cette étonnante immunité ? Faut-il la rapporter à quel-
» que condition anatomique telle que la résistance de la
» muqueuse vaginale, laquelle est formée d'un tissu con-
» jonctif très épais ? Faut-il l'attribuer à ce que le
» vagin est moins exposé aux froissements et aux déchirures
» que la vulve et le détroit vulvaire ? Peut-on sup-
» poser encore que les liquides de provenance utérine
» ou vaginale qui baignent habituellement cet organe
» constituent pour lui un enduit protecteur ou bien que
» les sécrétions de l'acte sexuel contribuent par elles-
» mêmes à débayer le vagin des produits virulents

» qu'elles entraînent vers la vulve ? etc., tout cela est bien
» hypothétique en vérité, mais il y a une particularité
» des plus curieuses que je signale à votre attention :
» c'est la fréquence des chancres du col, comparée à
» l'excessive rareté des chancres du vagin. L'explication
» de cette différence nous manque, mais le fait n'en est
» pas moins réel ».

En 1881, dans sa thèse sur « La syphilis secondaire du vagin », Prieur, parlant de l'immunité du vagin contre la syphilis, la comparait « à l'immunité de la face pour le chancre mou, la gale, le psoriasis, à celle de l'œso-
» phage pour la diphtérie, des voies respiratoires pour le
» muguet ».

Plus près de nous, en 1900, le Dr Barbiani fit paraître dans le journal italien (*Giornale italiano delle malattie venerée et della pelle*) un travail où il démontrait la réaction acide des sécrétions vaginales et basait sur cette acidité, du moins en partie, l'immunité du vagin contre la syphilis.

Enfin en 1920, le Dr Belgodère, à propos d'un chancre du col, faisant ressortir à nouveau la particularité des plus curieuses que Fournier signalait déjà à ses élèves à savoir : la fréquence des chancres du col comparée à l'excessive rareté des chancres du vagin, fit paraître dans les *Annales des maladies vénériennes*, un article où il essayait de démontrer que les orifices glandulaires attirent tout spécialement le spirochète et à la fin duquel il concluait : « n'est-il pas du reste démonstratif le rap-
» prochement de ces deux faits : pas de glandes dans la mu-
» queuse vaginale, pas de chancres de la paroi du vagin.

» Et cependant, la muqueuse vaginale n'est ni moins
» exposée à la contamination ni moins vulnérable aux
» agents pathogènes, ni moins sujette aux effractions
» traumatiques ou pathologiques ».

Nous savons qu'il existe des chancres de la paroi du vagin, nous avons vu également que Monsieur Branca dit que des glandes peuvent se rencontrer aux deux extrémités de ce conduit.

Les conclusions du Dr Belgodère sont donc inexactes. Tout au plus serait-on autorisé à dire « glandes exceptionnelles aux deux extrémités du conduit vaginal, » chancres exceptionnels dans les mêmes régions ».

Malheureusement, nous avons constaté que des chancres peuvent également se rencontrer sur la partie médiane du vagin et ces conclusions ne sauraient être prises à la lettre.

Aussi, examinant toutes ces théories, sommes-nous amené à conclure avec Gardillon « que ce n'est pas telle » ou telle de ces conditions prise isolément qui met si souvent le vagin à l'abri de la contagion, c'est à l'ensemble, » à la réunion même de ces conditions qu'est dû ce fait si » singulier en apparence, et qui font du vagin un « *mauvais terrain pour la graine chancreuse* ».

Quant au siège de cette lésion exceptionnelle, nous basant sur les observations précédentes, nous dirons en terminant ce chapitre, que, dans la grande majorité des cas, (13 fois sur 15) le chancre induré du vagin siège soit dans le tiers postérieur du conduit, soit dans son tiers antérieur ; qu'on l'a rencontré cependant sur le tiers moyen mais avec une particulière rareté.

Quoi qu'il en soit, on peut affirmer que pour le vagin comme pour toute autre région de l'organisme, une solution de continuité est nécessaire pour permettre l'inoculation du virus syphilitique.

Cette solution de continuité sera soit un orifice glandulaire anormal, soit une excoriation d'ordre pathologique (métrite, blennorrhagie, vaginite) soit une érosion d'ordre mécanique (coït trop brutal, rapport sexuels trop nombreux, examens au spéculum trop souvent répétés, etc.) déterminée par une distension trop brusque du conduit vaginal, distension qui se fera surtout sentir aux deux extrémités de l'organe et provoquera en ces zones extrêmes la formation de la fissure si minime soit-elle, nécessaire à l'implantation du spirochète.

Dans un cas de chancre induré du vagin observé par Bockhart de Wiesbaden, cet auteur indiquait comme cause première de cette localisation l'emploi presque continu de préservatifs irritants au cours de coïts répétés d'une façon excessive (1).

Dans un cas de Barbiani celui-ci signalait une vaginite avec écoulement alcalin provenant d'une forte endométrite comme cause déterminante (2).

Pour Nielsen la cause semble avoir été l'emploi trop brutal et trop souvent répété d'une canule à injection vaginale.

(1) Bockhart, Max. Ein Fall von harten Schanker der Vagina. Mh. f. pr. Derm. 1883 — (Semaine dermatologique de Leipzig, 1913, n° 9).

(2) Barbiani, Guido. L'immunità della vagina per le affezioni veneree e sifilitiche. (giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle 1900. page 6).

CHAPITRE III

§ I. — ÉTUDE CLINIQUE DU CHANCRE INFECTANT DU VAGIN

Rappelons au début de ce chapitre les caractères cliniques de cette lésion tels que les a mentionnés Fournier dans son traité de la syphilis : « Dans les quelques » cas bien authentiques qu'on en possède, dit-il, on les » a vu constitués par des lésions érosives le plus habituellement solitaires, arrondies, larges comme une » pièce de 20 centimes ou de 1 franc, parcheminées ou » foliacées de base, secrétant peu, absolument indolentes, dépourvues de tout symptôme fonctionnel, » évoluant d'une façon spontanée et rapide vers la cicatrisation et enfin disparaissant sans laisser de traces. » Leur adénopathie se fait pour ceux du segment vaginal antérieur dans les ganglions de l'aîne et pour » ceux du segment postérieur dans les ganglions du petit bassin ».

Examinons un à un ces différents caractères en nous reportant, en ce qui concerne chacun d'eux, aux observations du chapitre précédent.

Nombre. — Le caractère d'unicité de cette lésion qui jusqu'à ces dernières années était encore accepté par la majorité des cliniciens comme très important est un caractère fort inconstant.

3 de nos observations sur 8 se rapportent à des chancres multiples. Cela fait plus du tiers des cas et correspond au pourcentage général donné par le professeur Nicolas dans son travail sur la syphilis où il écrit : « l'unicité donnée autrefois comme un des caractères « essentiels du chancre syphilitique par opposition à la « multiplicité habituelle des chancres simples est loin « d'être une règle absolue. En réalité, une fois sur trois « en moyenne les chancres syphilitiques sont multiples, « on compte assez souvent 2 ou 3 chancres ».

Forme, étendue. — Habituellement arrondie, cette lésion peut présenter une forme ovalaire ou un bord irrégulier, l'étendue peut varier de quelques millimètres de diamètre à la largeur d'une pièce de 5 francs.

Aspect, couleur, sécrétion. — Présentant généralement l'aspect d'un chancre induré ordinaire à fond chair musculaire, le chancre du vagin peut cependant présenter un fond grisâtre ou jaunâtre dû vraisemblablement à l'humidité de la région où il est situé et à la macération qui en résulte. Ses bords qui le plus souvent sont nets et saillants se continuant sans ressaut avec le fond, peuvent également être taillés à pic et circonscrire une dépression dont le fond plus ou moins ulcéré peut être le siège d'une légère suppuration.

Par ailleurs, les sécrétions vaginales et utérines ne

semblent pas modifiées, la muqueuse qui avoisine le chancre reste le plus souvent parfaitement saine.

Induration. — Contrairement à l'opinion répandue, cette induration est parfois si peu accusée que les cliniciens entraînés et non pas seulement comme l'écrivait Ricord « des doigts novices et inexpérimentés » n'ont pas osé faire un diagnostic de spécificité en se basant sur ce caractère de la lésion. Le cas du Dr Courtadé où la lésion siégeait à l'orifice même du vagin et dans lequel, par conséquent, toute facilité semblait être donnée pour l'exploration n'a pas permis de sentir suffisamment bien cette induration pour entraîner le diagnostic. C'est là la principale des raisons pour lesquelles nous l'avons relaté.

De même dans l'observation VIII l'induration n'était pour ainsi dire pas appréciable non plus que dans l'observation V de Gardillon où le professeur Martineau ne put faire le diagnostic que par élimination successive des autres lésions.

Le professeur Nicolas écrit d'ailleurs à ce sujet « que « ce signe de l'induration n'est pas absolument constant et parfois le chancre syphilitique reste à peu près « souple ».

Cette induration n'est du reste pas très durable ; elle reste superficielle lorsqu'elle existe et disparaît rapidement au cours du traitement.

Symptômes fonctionnels. — Le chancre syphilitique du vagin est indolent, il ne provoque aucune espèce de douleur ou de troubles fonctionnels. On peut le toucher,

le presser avec le spéculum sans que la femme manifeste la moindre douleur.

Toutes les observations où ce symptôme a été recherché concordent sur ce point.

Adénopathie symptomatique. « L'adénopathie syphilitique primaire, satellite du chancre, correspond aux ganglions du territoire sur lequel s'est développé le chancre » (Nicolas).

Gardillon déclare que le chancre du vagin s'accompagne toujours d'une adénopathie symptomatique « partie intégrante et obligée de l'infection syphilitique » (Ricord). On la trouve, dit-il, dans l'aine quand le chancre a son siège dans le tiers antérieur du vagin, dans les ganglions du bassin quand il siège dans les deux autres tiers.

Pourtant, si nous nous reportons à l'observation V de Gardillon, nous pouvons remarquer qu'aucune adénopathie n'y est mentionnée, il faut donc penser que dans ce cas elle n'a pas été perçue, puisque l'auteur a décrit avec tant de détails les adénopathies des trois observations précédentes. C'est que, à côté de l'adénopathie symptomatique cliniquement constatable, il existe une adénopathie anatomique que les moyens cliniques ne suffisent pas toujours à mettre en évidence.

Chez la malade qui fait le sujet de l'observation XIV, M. le Professeur Bureau a cherché en vain cette adénopathie, il n'a pu la découvrir et cependant, le chancre siégeant dans le tiers du vagin, aurait dû, selon Gardillon et Fournier, faire son adénite dans les ganglions de l'aine.

Toutefois, si nous consultons Testut sur ce point spé-

cial de l'anatomie du vagin, nous y trouvons que les lymphatiques du conduit vaginal partant du réseau périvaginal se divisent en trois groupes.

Les lymphatiques supérieurs qui se mêlent aux lymphatiques du col utérin et aboutissent comme ces derniers aux ganglions supérieurs et moyens de la chaîne iliaque externe.

Les lymphatiques moyens qui, s'accolant à l'artère vaginale, se portent comme elle obliquement en haut et en arrière pour venir se terminer dans les ganglions moyens de la chaîne hypogastrique.

Les lymphatiques qui tirent leur origine de la partie tout inférieure du vagin, de cette portion du conduit qui précède l'hymen et qui se portent obliquement en haut et en arrière pour gagner la face antérieure du sacrum et se terminer à droite et à gauche du rectum dans les ganglions présacrés ; quelques-uns remontent jusqu'aux ganglions du promontoire.

D'autre part, le réseau périvaginal entre en relation, avec les réseaux voisins, le réseau du col utérin, le réseau vulvaire, le réseau rectal.

Ceci explique pourquoi l'adénopathie n'est pas toujours constituée selon la formule de Fournier et pourquoi dans notre observation XIV il n'existait aucune adénite inguinale quoique le chancre fût situé dans le tiers antérieur du vagin.

On s'explique également pourquoi elle n'a pas été mentionnée dans l'observation V de Gardillon, pourquoi aussi Fournier disait dans ses *leçons sur la syphilis* : « Deux fois cependant, particularité curieuse, j'ai trouvé,

« coïncidant avec le chancre du col, une adénopathie
« inguinale bien accusée. Cette adénopathie était-elle
« explicable par ce fait qu'un chancre aurait existé à la
« vulve et se serait évanoui assez hâtivement pour échap-
« per à l'examen ? Je ne le crois guère, et hypothèse pour
« hypothèse, je préfère celle qui expliquerait ce bubon
« par une anastomose entre les lymphatiques du col et
« ceux de la partie antérieure du vagin, lesquels, comme
« vous le savez, ont pour aboutissants normaux les gan-
« glions de l'aîne ».

L'observation XIV montre que le fait inverse peut normalement se passer et que l'adénite inguinale peut très bien faire défaut pour une lésion du tiers antérieur du vagin dont les lymphatiques aboutissent aux ganglions présacrés.

Voici donc encore un caractère inconstant que cette adénopathie symptomatique.

Marche et terminaison. — La marche est variable. Gardillon disait qu'après dix jours la guérison était complète. Nous n'avons pu vérifier cette assertion, mais pour le cas n° XIV qui fut soumis à un traitement actif et régulier, la restauration complète demanda plus de 20 jours ; à cette période, la muqueuse vaginale avait repris son aspect normal et il était impossible de soupçonner qu'il venait de s'y produire l'accident initial de la syphilis. (1)

(1) Le chancre observé par Nielsen aurait duré plus de trois mois, ceux de Bockhard et Barbiani 6 à 7 semaines.

§ 2. — COMMENT DOIT SE FAIRE
ACTUELLEMENT LE DIAGNOSTIC DU
CHANCRE INDURÉ DU VAGIN

De l'exposé rapide qui précède, il ressort que pour les praticiens non avertis, la précision des descriptions classiques peut être souvent une cause d'erreur.¹

M. le Dr Leredde, dans un article paru le 23 novembre 1918 dans le *Journal des praticiens* insiste sur ce qu'« aucun signe de la syphilis à son début n'est constant et que tout signe de la syphilis à son début peut » être inaperçu du malade. Chez la femme, le chancre » indolent, comme chez l'homme, est souvent caché dans » les plis où siège soit sur les parois du vagin, soit sur » le col de l'utérus ».

De là le premier principe de ne jamais omettre l'examen des organes génitaux internes au spéculum chez une femme que l'on suppose infectée d'autant moins que la lésion qui nous occupe est complètement indolore et que la malade peut être de très bonne foi en se croyant saine, ceci particulièrement chez les prostituées.

La femme de notre observation XIV dut être amenée à l'Hôtel-Dieu par la police car elle refusait de s'y rendre sous prétexte qu'elle n'était pas malade.

En somme, rien n'est constant dans la symptomatologie de cette lésion, ni le nombre, ni la taille, ni la couleur, ni l'adénopathie.

Quant aux accidents secondaires qui, comme l'écrivait Charlot en 1893, fixent bientôt le diagnostic nous savons

que le but actuel du syphiligraphie est de les devancer par un traitement opportunément institué. D'ailleurs sur ce point encore les descriptions classiques sont sujettes à erreur.

« Roséole, angine, plaques muqueuses, dit en effet le » Dr Leredde, n'ont rien de nécessaire, moins encore » l'alopecie. Le médecin qui interroge les malades sur » leurs antécédents et conclut de l'absence dans les com- » mémoratifs d'ulcérations génitales suivies d'un exan- » thème du tronc, d'érosions buccales, à l'absence de » syphilis, est conduit par cela même à des erreurs de » diagnostic lourdes et fréquentes ».

Il faut donc bien se pénétrer de cette notion qu'actuellement le diagnostic clinique ne suffit plus pour éliminer la syphilis et qu'en présence d'une lésion vaginale un tant soit peu douteuse il faudrait faire systématiquement les examens de laboratoire nécessaires.

Ils sont au nombre de deux. Ce sont : •

1° La recherche du tréponème pratiquée soit à l'ultramicroscope, soit selon une des autres méthodes telle que celle de Fontana-Tribondeau ou celle de Burri-Hecht.

2° La recherche du signe de la réaction de Bordet-Wasserman, réaction qu'il faudra pratiquer régulièrement tous les 15 jours jusqu'à ce que la lésion-suspecte ait atteint une durée de quarante à cinquante jours et qui, au moindre soupçon de positivité, déterminera la mise en œuvre des moyens thérapeutiques appropriés.

Nous n'avons pas à rappeler ici comment doit être pratiquée la recherche du tréponème, nous nous bornerons à faire ressortir que si un examen positif a une

très grande valeur diagnostique, absolue même théoriquement, un ou plusieurs examens négatifs ne permettent pas d'éliminer en toute certitude la syphilis. Par contre, la réaction de Wassermann peut très bien être trouvée positive en dehors de toute syphilis et c'est alors à la clinique qu'il appartiendra de juger de sa valeur.

Quoi qu'il en soit, le but du praticien sera de déceler le plus rapidement possible la spécificité de la lésion, afin d'instituer de suite un traitement par l'arsénobenzol, traitement qui a des chances d'être abortif comme M. Sabouraud a pu l'obtenir pour plusieurs malades.

L'arsénobenzol, en effet, comme l'a montré M. le Professeur Jeanselme peut très bien guérir et guérir d'une façon indéniable la syphilis, au moins à la période du chancre.

Enfin, si le cas se présentait d'un chancre induré du vagin chez une femme enceinte, le praticien devra songer aux possibilités de contamination du nouveau-né par sa mère au cours de l'accouchement.

On connaît aujourd'hui des observations de nouveau-nés ayant contracté la syphilis dans ces conditions. On sait maintenant que si la mère ne devient syphilitique qu'au huitième ou neuvième mois l'enfant naît presque toujours indemne.

La localisation particulière de l'accident primitif qui nous occupe pourrait, nous semble-t-il, en cas de lésion en pleine période active, commander une manœuvre obstétricale qui, dès que la dilatation complète serait reconnue, aurait pour but d'extraire l'enfant en lui fai-

sant franchir aussi rapidement que possible la zone dangereuse.

Pour ce qui est des examens de laboratoire, il est évident que le plus souvent, dans l'intérêt même de sa clientèle et de son entourage, le praticien qui n'a ordinairement ni le matériel ni le temps nécessaires pour les pratiquer, devra adresser sa malade au centre de syphiligraphie le plus proche afin de la faire bénéficier de la précocité du diagnostic.

CHAPITRE IV

DU DIAGNOSTIC DES CHANCRES DU VAGIN

§ I. Diagnostic différentiel du chancre infectant, du chancre simple et du chancre mixte

Ce que nous avons écrit et fait ressortir au cours du précédent chapitre nous permettra d'être assez bref sur cette partie de notre travail.

En parlant de ces deux premiers chancres, après avoir énuméré leurs caractères communs, Gardillon concluait : « Ils se distinguent néanmoins très facilement « l'un de l'autre ; 1° par les signes tirés du chancre lui-même ; 2° par ceux tirés des accidents concomitants ».

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit précédemment : nul caractère clinique du chancre syphilitique n'est constant, sauf son indolence absolue. Quant aux signes tirés des accidents concomitants au sujet desquels, en 1893, Charlot reproduisait dans sa thèse cette citation de Mauriac. « Le diagnostic est facile, » il suffit de regarder attentivement la lésion, d'ailleurs

» on est bientôt fixé par l'apparition des accidents secondaires », il vaut mieux n'en point parler puisque le but actuel du syphiligraphe est de les devancer et non de compter sur eux pour éclairer son diagnostic.

Du temps de Gardillon, le diagnostic différentiel était basé sur l'auto-inoculation ; nous possédons aujourd'hui la recherche du bacille de Ducrey-Unna qui peut nous donner immédiatement la solution, mais nous ne voulons pas terminer ce paragraphe sans dire quelques mots du chancre mixte.

Ce chancre était considéré jadis comme une rareté et avant sa découverte en 1858 par Rollet, Langlebert avait écrit : « Le chancre mixte est une chimère, un mythe et « rien de plus ».

Fournier, dans ses *Lésions sur le chancre* « pour mémoire seulement, signale une difficulté du diagnostic des plus exceptionnelles à savoir la coexistence possible du chancre syphilitique et du chancre simple sur un même sujet ; en fait, dit-il, cette coïncidence est des plus rares ».

On peut dire actuellement que la situation a changé du tout au tout : le chancre mixte est maintenant une chose des plus fréquentes.

MM. Thibierge et Legrain qui se sont particulièrement occupés de cette lésion ont montré que même en surveillant attentivement les malades, en recherchant systématiquement l'induration de la base et le retentissement ganglionnaire, on ne parvient quelquefois à déceler aucune modification de l'ulcération. Les accidents syphilitiques secondaires éclosent alors sans qu'on se

soit méfié de leur possible apparition et le malade a perdu le bénéfice qu'il eût retiré d'un traitement précoce.

En conséquence il ne faudra pas se contenter de la recherche du bacille de Ducrey mais y ajouter, quel qu'en soit le résultat, celle du spirochète et celle du signe de la séroréaction.

§ II. Diagnostic différentiel du chancre induré du vagin avec les autres lésions

Ce chancre peut prêter à confusion avec :

- Une ulcération traumatique banale ;
- Une ulcération cancéreuse au début ;
- Une ulcération tuberculeuse ;
- Une érosion de vaginite ;
- Une érosion herpétique ;
- Une syphilide ulcéreuse.

Avec l'ulcération traumatique banale. — La notion d'un coup, d'une chute, les commémoratifs fixeront le plus souvent très rapidement le diagnostic.

Avec l'ulcération cancéreuse. — On se basera pour le diagnostiquer sur la douleur, les hémorragies, l'écoulement fétide et s'il est nécessaire la biopsie.

Avec l'ulcération tuberculeuse. — La douleur, les bourgeons livides de l'ulcération, la notion d'une tuberculose utérine ou pulmonaire concômîtante fixeront le diagnostic. En cas de doute, un examen histologique et une inoculation au cobaye seront pratiqués.

Avec une érosion de vaginite. — La douleur, la supuration abondante, l'inflammation de la muqueuse vaginale feront faire le diagnostic. Il peut d'ailleurs y avoir chancre concomitant.

Avec une érosion herpétique. — On se basera sur le caractère prurigineux de la lésion produisant un « feu » local et s'accompagnant de phénomènes inflammatoires. « Leur pourtour, dit Fournier, en parlant de ces érosions herpétiques, n'est pas constitué par une ligne plus ou moins régulièrement circulaire, mais bien par une série de petits segments de circonférence, ce qui tient à ce que la plaie totale résulte de la fusion de plusieurs petites plaies circulaires : cette disposition est pathognomonique de l'herpès ».

On peut trouver à côté des érosions herpétiques des vésicules à peine rompues ou encore intactes, de plus l'herpès du vagin s'accompagne ordinairement d'herpès vulvaire.

En interrogeant la malade on apprendra souvent qu'elle a eu des herpès menstruels répétés; « il est rare, dit Fournier, que l'herpès ne se produise que pour une fois et d'une façon purement accidentelle. Le plus souvent il constitue une affection chronique, une véritable diathèse à poussées multiples ».

Avec une syphilide ulcéreuse. — Les commémoratifs, la notion d'un chancre antérieur, les accidents concomitants, la recherche du tréponème et le Wassermann fixeront le diagnostic.

En ce qui concerne cette dernière lésion, nous ferons remarquer que le signe de la séro-réaction prend une

importance particulière puisque, s'il est trouvé négatif alors que la recherche du tréponème aura été positive (ainsi que le fait s'est présenté pour notre malade de l'Hôtel-Dieu, obs. XIV) on pourra affirmer la nature primaire de l'accident actuel et laisser espérer une guérison absolue de la syphilis par les injections intraveineuses aussitôt pratiquées d'arsenobenzol à haute dose.

CONCLUSIONS

I. — Le chancre syphilitique du vagin reste malgré l'augmentation des cas de syphilis une affection rare, exceptionnelle, ne se rencontrant que très rarement sur le tiers moyen de cet organe.

II. — Son seul caractère clinique constant est l'indolence absolue : c'est donc un symptôme négatif.

III. — Toute ulcération douteuse du vagin doit faire rechercher :

1° Le bacille de Ducrey-Unna ;

2° Le tréponème (soit à l'ultramicroscope, soit par l'une des méthodes Fontana-Tribondeau ou Burri-Hecht ;

3° La réaction de Bordet-Wassermann qu'il faudra pratiquer tous les 15 jours jusqu'à 50 jours au-delà de l'apparition de la lésion, au cas où elle resterait négative, afin de ne pas abandonner trop rapidement l'idée d'une syphilis possible.

IV. — Un traitement actif par les injections intraveineuses d'arsenobenzol sera immédiatement institué en cas de positivité de l'une ou l'autre de ces deux dernières recherches.

GAUCHER. — La syphilis sans chancre chez la femme (*Annales des maladies vénériennes*, 1917).

HALLOPEAU et FOUQUET. — Traité de la syphilis, 1911.

TESTUT. — Anatomie descriptive, t. IV, 1912.

BRANCA. — Précis d'histologie, 1914, p. 717.

J. BOBBIE. — Les chancres extra-génitaux chez la femme. (*Annales des maladies vénériennes*, 1914, p. 31).

LEREDDE. — La syphilis ignorée. (*Journal des praticiens*, novembre 1918, p. 415).

NICOLAS. — Syphilis (t. IV, *Nouveau traité de médecine*, G. H. Roger et Vidal, 1920).

BELGODÈRE. — Sur un chancre du col. (*Annales des mal. vén.*, 1920, p. 716).

SABOURAUD. — Urgence du diagnostic précoce du chancre induré (*Presse médicale*, avril 1920, p. 221).

SPILLMANN. — De l'importance du diagnostic précoce de la syphilis (*Journal de médecine et chirurgie*, 1920, n° 7).

MONDE MÉDICAL. — 15 octobre 1921. Le chancre mixte et son diagnostic.

BARBIANI. — Reazione acida del secreto vaginale (*Giornale italiano delle malattie veneree et della pelle*, 1900).

CAVAGNIS. — Sifilemi multipli della vagina (*Giornale italiano delle malattie veneree et della pelle*, 1915, p. 131).

LANCHA FAL. — Chancre syphilitique de la tête chez un nouveau-né contaminé pendant l'accouchement (actas dermo-sifilio-graphicas, décembre 1918) (*Annales des maladies vénériennes*, 1919, p. 64).

SVEND-LØMHOLT (de l'université de Copenhague). — Trois cas de contagion syphilitique au passage (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1921, p. 17).

NIELSEN (de Copenhague). — Ein Fall von Syphilis mit Primäraffekt in der vagina (*dermatologische Wochenschrift*, février 1915).

